

Warszawa, dnia .....

Niewada Clinic Implantologia i Stomatologia Estetyczna Paweł Niewada  
Al. Wilanowska 5 lok. uż. 2  
02-765 Warszawa  
NIP: 569-15-87-630  
REGON: 140080677

**Sąd Rejonowy w .....**

**Wydział Rodzinny i Nieletnich**

.....

**Zawiadomienie o okolicznościach zagrażających dobru dziecka**

W związku z przyjętymi w NIEWADA CLINIC Standardami ochrony małoletnich oraz przepisami ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością ma tle seksualnym i ochronie małoletnich (tekst jedn. Dz. U. 2023, poz. 1304) w związku z art. 109 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego niniejszym zawiadamiam o okolicznościach zagrażających dobru małoletniego .....

..... polegających na tym, że

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....

*(podpis)*

Załączniki:

.....

.....